Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Psychosen nach Herzfehler und Nephritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Paul Starck,

Assistenzarzt d. Res,
Festungslazarett Danzig, Korps-Nervenstation.

Kiel 1916.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Psychosen nach Herzfehler und Nephritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Paul Starck,

Assistenzarzt d. Res.,
Festungslazarett Danzig, Korps-Nervenstation.

Kiel 1916.

Druck von Schmidt & Klaunig.

No. 41.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**

z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0091

Psychosen als Folgeerscheinungen von Herz- und Nierenerkrankungen bieten klinisch meist das Krankheitsbild der Amentia dar: Ausgesprochene Denkstörung im Sinne der Inkohäreszenz neben einem gewissen Grad von Benommenheit, Erschwerung des Orientierungsvermögens, Neigung zu Illusion, zwangsmäßiges Registrieren von Sinneseindrücken, Sinnestäuschungen, vor allem auf optischem und akustischem Gebiete, bald mehr scenenhaft, bald in distinkter Form auf einzelne Sinnesgebiete beschränkt. Die häufigsten Amentiaformen haben Infektionskrankheiten als Grundlage, sodann auch Kreislaufstörungen, Erschöpfungszustände und Autointoxikationsprozesse. In jüngster Zeit wird vermehrt auf die Lues als Ursache von Psychosen bei gleichzeitig vorhandenem Herzfehler hingewiesen. In früheren Jahrzehnten ist den organischen Herzerkrankungen in der Ätiologie der Psychosen sehr viel Wert beigelegt worden; populäre Anschauungen über die Beziehung zwischen Herz und Gemüt spielten in die Pathologie hinein. Man ging soweit, daß man bestimmte Herzerkrankungen für besondere Psychosen als Ursache festlegte. So soll, wie D'Astros und Mickle in den 80er Jahren behaupten, die Mitralsuffizienz zu Depressionen, die Aortenerkrankung zu manischen Zuständen führen. Diesen Zusammenhang bezweifelt Stransky, indem er auf die enge Beziehung zwischen Aortenklappenfehler und Lues hinweist. In neuerer Zeit nehmen die

Autoren vielfach nur eine Prädisposition für psychische Erkrankungen infolge Zirkulationsstörungen an.

Wernicke will die Angstpsychosen als Folge von Herzfehlern dann anerkennen, wenn Kompensationsstörungen vorliegen.

Stransky glaubt, daß bei manchen Herzkranken mit paroxysmalen Anfällen ein abnormer Reizzustand der sensiblen Herznerven sich entwickelt, der bei dem Vorhandensein eines disponierten Gehirns zur illusionären Verarbeitung dieser Sensationen und damit zur Entwicklung einer Angstpsychose führen könne.

Jakob ist der Anschauung, daß bei diesen psychischen Zuständen auch abnorme Organgefühle eine große Rolle spielen können. Er verweist auf Stransky, der solche Angstzustände den Halluzinosen mit vorwiegenden Gehörstäuschungen zur Seite stellt und meint, daß die Rolle, die dort nach Redlich und Kaufmann die Übererregbarkeit des Akustikus infolge pathologischer Ohrprozesse spielt, hier der Übererregbarkeit der sensiblen Herznerven auf Grund pathologischer Herzaffektion zukomme. Dort elementare Gehörsphänomene, hier elementare Angstempfindung infolge chronischen Reizzustandes in der Peripherie. Das prädisponierte Gehirn als Locus minoris resistentiae gibt in beiden Fällen den Boden ab, auf dem sich dann die Psychose entwickelt.

Bonhöffer weißt bei der Kombination von Psychosen und Herzfehler auf die große Bedeutung der arteriosklerotischen cerebralen Prozesse hin. Er teilt Stransky's Anschauung von der Entwicklung eines abnormen Reizzustandes der sensiblen Herznerven nicht, sondern hält es für das Wahrscheinlichste, daß die psychotischen Zustandsbilder durch autotoxische, durch Kompensationsstörungen hervorgerufene Schädigungen entstehen.

Fischer berichtet unter seinen zahlreichen interessanten Beobachtungen einige Fälle von halluzinatorischer Verworrenheit, in denen die deutliche Abhängigkeit der

psychischen Symptome von dem Grade der Kompensationsstörungen und die Besserung mit dem Schwinden der Ödeme zu Tage tritt.

Nach Jacobsen muß die venöse Hyperämie, die sonst bei herzkranken Patienten anzutreffen ist, natürlich auch auf die Ernährung der Gehirnzellen schädlich einwirken; wir treffen, schreibt er, daher auch oft solche Patienten schläfrig und außerstande, ihre Gedanken zu sammeln, sich zu besinnen, sie sind sogar auch ab und zu unklar und verwirrt. Die Psychosen äußern sich manchmal als Melancholie, die dann als Weiterentwicklung des Angstgefühls, das die Dyspnoe hervorruft, aufzufassen ist, und bald als Manie. Solche Psychosen rühren also wirklich von Autointoxikationen her, die von durch Blutvergiftung hervorgerufenen organischen Leiden stammen.

In gleicher Weise betont Jacob die Abhängigkeit der psychischen Störungen von den Kreislaufveränderungen. »Mit dem Sinken der Herzkraft«, sagt er, »und dem Darniederliegen der Zirkulation und dem dadurch gesetzten Stauungszustand der Lungen leidet der Sauerstoffgehalt des Blutes in erheblichem Maße, und diese Kohlensäureüberladung des sich auch noch dazu in größerer Menge ansammelnden venösen Blutes wird nicht ohne Einfluß bleiben auf die Funktionstüchtigkeit des Zentralnervensystems, die Anfänge der geweblichen Erstickung werden sich auch hier bald geltend machen. Im engsten Zusammenhang mit diesem Mechanismus steht die Feststellung, daß die Störungen der Blutzirkulation eine Verminderung der Nahrungszufuhr zum Gehirn bewirken, was sicher mit der Aufrechterhaltung seiner höchsten Leistungsfähigkeit unvereinbar ist.« Jacob berichtet über 9 Fälle, in denen er den Zusammenhang der psychischen Veränderungen mit den Kreislaufstörungen feststellt; von diesen möchte ich hier folgenden anführen:

Pat. Sch., 23 Jahre alt, am 7. X. 06 in die Medizinische Klinik aufgenommen und am nächsten Tag in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Anamnese: Vater und 3 Geschwister leben und sind gesund, Mutter nervenleidend; Kinderkrankheiten will sie nicht gehabt haben. Mit 16 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit dieser Zeit verspürt Pat. von Zeit zu Zeit Herzklopfen; besonders bei Aufregungen schlägt das Herz stark. Vor 2 Monaten stürzte sie plötzlich bei der Arbeit zusammen; es bestand sehr starkes Herzklopfen. Pat. war blaß und es war ihr fast zum Ersticken. Nach einigen Tagen Bettruhe besserte sich der Zustand wieder; doch dauern die Atembeschwerden, das Gefühl der Enge sowie Herzklopfen fort, und wegen mangelnder häuslicher Pflege sucht sie das Spital auf (sie macht ungenaue Angaben über die künstliche vor kurzer Zeit an ihr vorgenommene Abtreibung einer unehelichen Frucht; man kann jedoch nichts genaues erfahren). Menses begann mit 16 Jahren, unregelmäßig, meist ziemlich spärlich.

Status präsens: Mittelgroßes Mädchen von mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Die Wangen gerötet, Haut sonst etwas blaß. Pusteln auf dem Rücken, Lippen cyanotisch. Die übrigen Schleimhäute sehr blaß. Hirnnerven ohne Befund. Pupillen gleich weit, reagieren auf Licht und Konvergenz.

Hals dünn, lang, keine Drüsenschwellungen. Die Venen etwas erweitert, über den großen Gefäßen in der Supraclavikulargrube fortgeleitete Herztöne und Geräusche hörbar. Lungen ohne Befund, außer etwas verlängertem Exspirium mit seltenen feinblasigen Knistergeräuschen über den Spitzen.

Cor: relative Dämpfung: unterer Rand der 3. Rippe, 3 fingerbreit rechts vom r. Sternalrand, vordere l. Axillarlinie. Absolute Herzdämpfung: unterer Rand der 4. Rippe, r. Sternalrand, 1 fingerbreit l. von l. Mammillarlinie. Herzspitzenstoß im 6 I.-C.-R., 1 fingerbreit außerhalb der l. Mammillarlinie, stark hebend und resistent, bis zur vorderen Axillarlinie fühlbar. Über allen Ostien hört man, am lautesten über Herzspitze und Trikuspidalis, ein systolisches und diastolisches Geräusch. 2. Pulmonalton am lautesten, fast paukend; das diastolische Geräusch am lautesten im 3. l.

I.-C.-R. Herzaktion unregelmäßig, Radialpuls 200, aqualis, irregularis. Arterien ziemlich gut gefüllt, von mittlerer Spannung.

Leber überragt den r. Rippenbogen, pulsiert. Milz nicht nachweisbar vergrößert.

Haut- und Sehnenreflexe etwas gesteigert. Im Urin viel Albumen, mikroskopisch Leukocyten, aber keine Cylinder. Psychisch bietet Pat. einige Auffälligkeiten. Der Gesichtsausdruck ist melancholisch, die Stimmung wechselnd, bald weinerlich, bald wieder lustig. Pat. ist orientiert, doch gibt sie ihre Antworten sehr langsam, zögernd, und ist überhaupt mit ihren Auskünften sehr karg. Über ihre Kindheit weiß oder will sie keine näheren Auskünfte machen.

8. XI. Pat. war gestern nachmittag ruhiger als morgens. Heute wieder depressiver Erregungszustand. Redet viel von ihren Angehörigen, die alle »greinten«. »Ihr Vater sei so schlecht, die andern alle gut.« Sie achtet auf die übrigen Kranken, von denen sie meint, daß sie sich über sie lustig machen würden. Sie weint, fängt aber gleich wieder an zu lachen. Völlig orientiert. Herztätigkeit während der Erregung stark beschleunigt. Pat. sagt am Nachmittag, sie müsse sich das Leben nehmen. Auf Befragen gibt sie keinen Grund an. Wegen periculum suicidii in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Während des Aufenthaltes in der Klinik verhielt sich die Kranke ziemlich ruhig, lag inaktiv im Bett. Sie war örtlich orientiert, zeitlich unsicher. Die Stimmung war depressiv; die Affektäußerungen monoton weinerlich. Der Inhalt der sprachlichen Äußerungen bezog sich zumeist auf die Vorkommnisse vor der Aufnahme. Detaillierte Auskunft gab die Kranke jedoch nie. Hemmungsvorgänge ließen sich nicht feststellen. Über indifferente Gegenstände konnte sich Pat. fließend unterhalten. In unregelmäßigen Intervallen traten Zustände plötzlicher ängstlicher Erregung mit starker motorischer Unruhe ohne Pulsbeschleunigung auf von 1 Minute Dauer, in denen sich das monotone Weinerliche verstärkte. Die Angst wurde häufig in die Herzgegend verlegt.

Die Affektäußerung war jedoch nie läppisch, sondern natürlich. Gelegentlich trat eine gesteigerte Empfindlichkeit für äußere Reize (Schalleindrücke) auf. Sinnestäuschungen bestanden nicht, oder wurden von der Kranken auf Befragen nicht angegeben. Auch deliriöse Zustände wurden nicht beobachtet. Hysterische Symptome, wie Störungen in der Sensibilität, ließen sich nicht feststellen.

Die depressive Stimmungslage zeigte auch außerhalb der Angstanfälle Schwankungen, jedoch war eine typische Tagesschwankung nicht zu beobachten. Die Kranke äußerte während des Aufenthaltes in der Klinik sehr oft Lebensüberdruß und Suizidgedanken. Selbstmordversuche wurden jedoch nicht unternommen. In den letzten Tagen trat eine gewisse Abnahme in der Intensität der Erregungen zutage, eine gewisse Apathie trat an ihre Stelle, zum Teil in den zunehmenden Zirkulationsstörungen und dem allgemeinen Schwächezustand bedingt. Sinnestäuschungen oder Wahnideen waren auch in dieser Zeit nicht nachweisbar. Die moribunde Kranke wurde am 20. XI. von den Angehörigen entgegen dem ärztlichen Rate aus der Klinik geholt und starb schon am nächsten Tage. Jakob sagt hierzu: »Die Symptome der obigen Beobachtungen machen es unmöglich, das Krankheitsbild einer Melancholie oder einer Form der Dementia praecox einzureihen. Im Gegenteil, diese im ganzen leichten psychischen Störungen, bei denen es zu keiner stärkeren Bewußtseinstrübung kam, können eine gewisse Ähnlichkeit mit den oben erwähnten bei Zirkulationsstörungen auftretenden psychischen Veränderungen in der Plötzlichkeit ihrer psychomotorischen Erregungen und in der stark betonten affektiven Seite nicht verleugnen. Der stark hervortretende Angstaffekt ist äußerst charakteristisch. Für die psychische Verfassung der Pat., die zu Selbstmord inklinierte, kommen aber die Vorkommnisse kurz vor dem Ausbruche der Störungen, das Bewußtsein der Schande, sehr in Betracht. Doch betone ich auch hier die Koinzidenz starker, auf einem Herzfehler basierender Zirkulationsstörungen mit Angstanfällen, Selbstmordgedanken, und teile dabei die An-

sichten D'Astros und Fauconneaus, welche ähnliche Beobachtungen veröffentlichen.

Auch Stransky berichtete über 2 ganz ähnliche Beobachtungen, bei denen es auf Grund einer organischen Herzaffektion zu heftigen Angstzuständen mit Suizidversuch gekommen war. Dieser Autor mißt freilich den zirkulatorischen Störungen sehr wenig Bedeutung zu, sondern faßt diese Zustände als Angsthalluzinose auf. Jacob bemerkt hierbei die auffallende Tatsache, daß die Suizidgefahr, wenn man die Beobachtungen mit denen anderer Autoren vergleicht, besonders häufig angetroffen wird bei Mitral-Affektionen, und hier, wie es scheint, namentlich bei Mitralstenosen, ein Umstand, auf den ebenfalls die französischen Autoren schon aufmerksam gemacht haben.

In seiner ausführlichen Arbeit über Herzkrankheit und Psychose gliedert Saathoff die Psychosen in solche bei chronischen und akuten Herzaffektionen. Über erstere kommt er zu dem Urteil, daß chronisch verlaufende Herzkrankheiten, also meist Klappenfehler, ohne Komplikationen nicht in höherem Maße für eine Psychose disponieren als gelegentlich auch andere Krankheiten. Anders die Psychosen im Verlaufe von akuten Herzkrankheiten. Hier ist zuerst die Endokarditis zu nennen. Die Psychosen bei der Endokardentzündung gehen mit delirienartigen Bildern und Halluzinationen einher. Als Ursache kommt nach Saathoff

1. die Einwirkung von Toxinen auf das Gehirn in Betracht. Als zweite Gruppe nennt er nach Eichhorst die Psychosen bei Herzkranken mit starken Hydropsien, die sich in Somnolenz, Bewußtseinstrübungen, Delirien und oft in eigentümlichen Respirationsveränderungen, ähnlich der großen Atmung im Coma diabeticum, äußern; auch hier ein ausgesprochen toxisches Bild. Für eine große Reihe von Fällen ist Saathoff nun aber nicht zufrieden mit der Ätiologie: chemische Blutveränderung, Hirnödem und Kohlensäureüberladung des Gehirns. Auch die oft genannte »Prädisposition« ist ihm nur Notbehelf. Er nennt als weit wichtigere Ursache

2. die Lues.

Die Psychose bei luetischer Aorteninsuffizienz äußert sich in zwei von ihm beschriebenen Fällen in ängstlicher Verwirrtheit und Aufregungszuständen, in denen die Kranken allerlei verkehrte Handlungen begingen, nach einigen Tagen klangen die Anfälle ab, wiederholten sich aber nach kurz dauerndem klaren Bewußtsein mehrere Male, bis der Tod ihnen ein Ende bereitete. Für seine Anschauung führt Saathoff eine zahlreiche Literatur, besonders ausländische, als Beweis an. Er gibt die individuelle Anlage des Einzelnen für seelische Störungen hierbei zu, weist aber darauf hin, daß die psychische Prädisposition sehr oft erst geschaffen wird durch Schädigungen, die von außen an das Gehirn herantreten, nämlich durch die Lues. Er faßt am Schlusse seiner Arbeit seine Ausführungen in dem Satze zusammen:

»Wir sehen bei herzkranken syphilitischen Individuen unter dem Einfluß von Kompensationsstörungen eine ziemlich prägnante psychische Erkrankung, die sich meistens zusammensetzt aus angstvoller Verwirrtheit, Halluzinationen und motorischer Erregung. Das Zustandekommen dieser Psychose ist zu erklären durch die Einwirkung der Summe aller Dekompensationserscheinungen auf das durch die Lues geschädigte Gehirn.«

In enger Beziehung zu den Kreislaufstörungen stehen die Nephritiden und zwar in zweifacher Art: Einmal entwickeln sie sich im Anschluß an Kreislaufstörungen, andererseits treten Veränderungen des Herzens und der Gefäße ein, die sich ätiologisch an Nierenerkrankungen anschließen. Im Verlaufe von Nephritiden sehen wir psychische Erkrankungen auftreten, welche die große Gruppe der urämischen Störungen bilden. Man teilt die Psychosen bei Nephritiden ein

1) in die, welche durch Symptome der einfachen Harnretention charakterisiert sind, und
2) die Psychosen bei Urämie.

Bei der Harnretention tritt eine allmähliche Abnahme der Initiative und der motorischen Kraft ein, der Tod erfolgt nach Askoli plötzlich, entweder aus relativem Wohlbefinden heraus oder unter zunehmender Schlafsucht mit oder ohne delirante Beimengungen.

Ganz anders die Urämie. Hier treten die verschiedensten Formen psychischer Störungen in Erscheinung, das Krankheitsbild ist ein erheblich schwereres. Bonhoeffer unterscheidet die chronische Urämie von der akuten. Bei ersterer tritt eine Verschlechterung von Charakter und Leistungsfähigkeit ein, verbunden mit Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit. Die akute Urämie tritt als urämischer Krampfanfall in Erscheinung, ganz ähnlich dem typisch epileptischen Anfall. Der Grad der Benommenheit ist sehr verschieden: Der Kranke zeigt gute Aufmerksamkeit bis zum völligen Koma. Halluzinationen, Sinnestäuschungen, sprunghafter Wechsel des Affektes, Vergiftungs- und Beeinträchtigungsideen sind die Symptome der psychischen Veränderungen.

Unter den urämischen Psychosen vom Typus der Amentia weist Bischoff auf die große Zahl der katatonen Symptome bei urämischen Psychosen hin und führt sie auf eine psychopathische endogene Anlage zurück.

Eine andere Gruppe psychischer Erkrankungen bei Nephritiden folgt dem Typus des Delirium acutum ohne begleitende urämische Symptome. Meyer beschreibt solche Fälle nach Hydronephrose und doppelseitiger Schrumpfniere als Ausdruck einer renalen Autointoxikation. Lüdke, der wie Bonhoeffer akute und chronische Urämie unterscheidet, bespricht in der Genese der Urämie die Intoxikationstheorie und die mechanische Theorie. Letzterer sieht in der durch das hydrämische Blut verursachten Ödemwirkung auf bestimmte Gehirnpartien die Ursache des Wechsels der Symptome im Einzelfall. Die Intoxikationshypothese sieht in der Urämie den Ausdruck der Vergiftung des Blutes durch Retention von Harn als Ganzes oder von einzelnen Harnsubstanzen. Lüdke kommt zu dem Schluß, daß wahrscheinlich die Kombination der chemischen und physikalischen Theorie zur richtigen Deutung führe: Einzelne retinierte Harnsubstanzen wirken besonders auf die Vasomotoren des Gehirns ein und erzeugen bei bestimmten Konzentrationsverhältnissen eine akute Hirnanaemie. Entsprechend der Lokalisation dieser Anaemie ergeben sich Psychosen mit

verschiedenen Symptomen. Nimmt man mit Lüdke die physikalisch-chemische Theorie in der Ätiologie der Psychosen als wahrscheinlich an, so kann man die gleiche Hypothese für die Psychosen aufstellen, welche bei der harnsauren Diathese beobachtet werden.

Viele Autoren früherer Zeiten waren der Ansicht, daß die Gicht in enge Beziehung zu den Psychosen zu setzen sei. Sydenham meinte, die Melancholie sei Vorläuferin und stete Begleiterin der Gicht. Ebstein erwähnte eine Äußerung von Berzelius, der neben seinen echten von seinen nervösen Gichtanfällen sprach, die mit Niedergeschlagenheit und äußerstem Widerwillen gegen die Arbeit einhergingen. Lange beschreibt gewisse periodisch wiederkehrende Depressionszustände als Folge harnsaurer Diathese. Er fand, daß bei der großen Gruppe leichter periodischer Depressionszustände sich stets ein stark harnsäurehaltiger Urin nachweisen ließ; außerdem fand er bemerkenswert häufig, daß die Eltern solcher Kranker an harnsaurer Diathese gelitten hatten. Kowalewsky vertritt eine ähnliche Anschauung wie Lange und meint, daß Präkordialangst und Angina pectoris mit den entsprechenden psychischen Begleiterscheinungen durch Gicht verursacht würden; er fügt allerdings hinzu, daß es sich meist um eine Summation von Noxen, vor allem von Arteriosklerose und Lues handle.

Doch auch die entgegengesetzte Ansicht war in der älteren Literatur vertreten: Gicht und Geisteskrankheit schlössen sich gegenseitig aus.

Heute wird man Lange's Ansicht, in der harnsauren Diathese eine generelle Ätiologie für die Depressionen gefunden zu haben, als zu weit gehend betrachten müssen. Beobachtungen, wie die Mendels, daß anschließend an einen mit hoher Temperatur einhergehenden Gichtanfall ein deliranter halluzinatorischer Zustand eintrat, sind ganz vereinzelt. Vielleicht liegt es, wie Bonhoeffer meint, bei der harnsauren Diathese so, daß sie überhaupt keine psychischen Störungen schafft, daß vielmehr das, was man beobachtet, Ausdruck der endogenen pathologischen Anlage st, die sich mit der gleichfalls endogenen Anlage zur harnauren Diathese kombiniert.

Zum Schlusse meiner Ausführungen möchte ich noch einen Fall aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel anführen, der mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Geheimrat Siemerling zur Verfügung gestellt wurde.

Frau E. N., Maurersfrau, geb. 16. V. 59.

Anamnese: Eine Nichte habe sich das Leben genommen, sonst keine Geisteskrankheiten in der Familie. Leidet seit etwa 3 Monaten an Verfolgungsideen, glaube sich stets von Polizisten verfolgt, meinte gestern, mehrere Polizisten säßen auf ihrem Dach; sie habe gehört, daß diese gesagt hätten, wenn sie nicht ein Glas voll Wasser trinke, würde sie erschossen. Darauf habe sie sich aus der Drogerie ein Wasserglas gekauft und es ausgetrunken. Die Verfolgung durch die Geheimpolizisten habe ihren Grund darin, daß sie einmal zwei Polizisten auf der Straße scharf angesehen habe. Andere Wahnideen nicht geäußert. Häufig Stimmen, stets von Polizisten. Schlaf und Appetit bis auf die letzten Tage ausreichend, jetzt schlecht.

Menses sistiert seit dem 45. Jahr.

Keine Kinder, kein Umschlag. Vor mehreren Jahren in der Frauenklinik gewesen, einmal ausgerückt. Nie ernstlich krank.

Vom Ehemann zur Aufnahme gebracht.

Status: Größe: 1,61 m, Gewicht: 68 kg, Temperatur: 37,5. Pat. ist ruhig, gibt freundlich Auskunft, spricht mit heiserer Stimme; gibt an, die Heiserkeit seit der Zeit zu haben, wo sie das Glas Wasser getrunken hätte; sie hätte es deshalb getan, weil sie immer von Kriminalisten verfolgt werde, diese gingen immer hinter ihr her; sie könne sie aber nicht sehen, doch höre sie alles, was diese sprächen und zwar durch die Verbindung mittels des Strahls, sie werde nämlich nachts von den Kriminalisten mit einem Scheinwerfer beschienen. Oefter säßen die Detektive auf ihrem Dache und sie höre dann ihre Stimmen.

Pat. klagt ferner über Schmerzen in der l. Brustseite und im Leibe. Sie schlafe schlecht, weil sie Schmerzen im Halse hätte, sie wäre immer so durstig. Sie könne auch nicht essen, weil sie Schmerzen beim Schlucken hätte.

Als Kind Masern, Scharlach. Menses mit 16 Jahren, nicht regelmäßig, war immer krank dabei. Mit 24 Jahren Rheumatismus. Mit 39 Jahren geheiratet, keine Kinder, kein Abort, Menopause mit 45 Jahren. Darnach Herzbeklemmungen. Pat. sei oft traurig und ängstlich, weil sie meinte, sie müsse im Gefängnis sitzen wegen ihrer Augen, denn die Polizisten hätten immer an ihrem Blick etwas auszusetzen. Sie dürfte nicht plinkern, dann hielten sie sie für eine gemeine Person, nannten sie eine alte Hure. Sie sei in Verruf gekommen durch einen Mann, der immer vor ihrer Wohnung stehen bliebe und lange in ihr Fenster guckte, so daß es allen Leuten auffiele; der Mann sei ihr unbekannt.

Intelligenzprobe:

$3 \times 12 = 24$. $3 \times 15 = 45$. $47 + 36 = 63$. $84 \times 8 = -$. $24 \times 3 = -$.

Persönlich: +, örtlich +, welcher Tag in der Woche? —, Tag im Monat? —. Jahr? +. Monat? . . . Juni . . . Mai.

Pat. ist schwer besinnlich, lacht etwas albern. Sie will auch ein Blasenleiden haben, müßte oft Urin lassen und hätte dabei manchmal schneidende Schmerzen.

Somatisch: Kräftiger Knochenbau, guter Ernährungszustand. Schädel $56^1/_2 : 18 : 14$; nicht klopfempfindlich. Pupillen unter mittelweit, gleich weit, rund. R. L. +, R. C. +. A.-B. frei.

VII. o. B. Das Gesicht, besonders um die Augen herum, braun pigmentiert.

XII. o. B. Zunge gerade, ruhig, belegt. Gaumenbögen stark gerötet, gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex +, Kniephänomen +, Achillessehnenreflex +, Zehenplantarreflex +.

Fingerberührungen und spitz und stumpf werden unterschieden. Schmerzempfindung o. B.

Puls 114, regelmäßig, gut gefüllt.

Herz: 1. Aortenton unrein, 2. akzentuiert; 2. Ton überall akzentuiert.

Lungen: verschärftes Inspirium, sonst o. B.

Abdomen: Panniculus adiposus, sonst o. B.

Kein Romberg, leichter tremor digitorum.

Unter der l. Mamma eine Abschürfung, die Schmerzen bereitet (Intertrigo).

31, V. 16. Pat. liegt zu Bett, verhält sich ruhig, schläft gut, klagt über Schmerzen im Halse und im Mund, erhält flüssige Diät.

1. VI. 16. Pat. war abends aufgeregt, wollte nicht zu Bett gehen, fürchtete, von einem Polizisten, der auf dem Dache stände, erschossen zu werden. Sie ließ sich nicht beruhigen, wollte immer in den Garten, war die Nacht über sehr unruhig, wollte sich dauernd unter das Bett legen, aus Angst, erschossen zu werden, schlief nachdem sie eine Spritze Morphium bekommen hatte.

3. VI. 16. Pat. klagt häufig, sie soll erschossen werden, bleibt jetzt aber ruhig im Bett.

Urin zeigt eine Trübung von Eiweiß. Mikroskopisch finden sich keine wesentlichen Formbestandteile.

6. VI. 16. Pat. verhält sich still, spricht spontan wenig, beharrt bei ihren Ideen. Urin: Eiweiß +. Mikroskopisch: Epithelien und granulierte Zylinder. Pat. erhält fleischlose Diät. R. — R. r. = l. 178 mm Hg.

16. VI. 16. Pat. meint, ab und zu säßen die Polizisten wohl noch mal auf dem Dach, doch habe sie nichts mit ihnen zu tun und werde von ihnen ganz in Ruhe gelassen.

23. VI. 16. Pat. hat seit Tagen nichts mehr von Polizisten gemerkt, meint, das seien wohl dumme Gedanken von ihr gewesen.

Urin frei von Eiweiß. Pat. steht nachmittags ein paar Stunden auf, sitzt auf der Veranda, fühlt sich wohl und ist guter Stimmung.

27. VI. 16. Pat. bleibt frei von ihren Ideen, will von den Polizisten nichts mehr hören, ist überzeugt, daß sie krank gewesen sei. Urin heute wieder Eiweiß +. Die mikroskopische Untersuchung ergibt sehr viel Erythrozyten, viel Epithelien, meist Plattenepithelien, und einige Leukozyten und granulierte Zylinder. Die fleischlose Kost wurde bisher beibehalten.

28. VI. 16. Die Urinuntersuchung ergibt denselben Befund.

30. VI. 16. R.—R. r. = l. 17 mm Hg.
Systolisches Geräusch über Mitralis und Trikuspidalis. Urin: o. B.

3. VII. 16. Pat. hat sich von ihren Wahnideen dauernd freigehalten. Urin: o. B. Menge: 1500. Wird von ihrem Manne nach Hause abgeholt. Gebessert, auf Wunsch entlassen.

Wir sehen bei dieser Pat., die an einer Nieren- und Herzaffektion leidet, plötzlich Verfolgungsideen mit Halluzinationen auftreten. Es handelt sich um halluzinatorische Paranoia. Die Psychose wird hervorgerufen durch die Giftwirkung der zurückgehaltenen Harnbestandteile auf das Gehirn und durch die infolge des Herzfehlers bedingten Kreislaufstörungen. Die psychischen Erscheinungen gehen, nachdem der Urin frei von Eiweiß und pathologischen Bestandteilen geworden ist, sofort zurück und schwinden schließlich.

* * *

Zum Schluß meiner Ausführungen habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung der Arbeit und die freundliche Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Jakob: Zur Symptomatologie, Pathogenese und pathologischen Anatomie der Kreislaufpsychosen. Journal für Psychiatrie und Neurologie. 15.
2. Jakobsen: Autointoxikationspsychosen und Herzkrankheiten. Zeitschrift für Psychiatrie. 51.
3. Saathoff: Herzkrankheiten und Psychose. Münch. med. Wochenschr. 1910, 10.
4. Kleist: Zur Kenntnis der symptomatischen Psychosen bei Herzkrankheiten. Münch. med. Wochenschrift 1913, 18.
5. Engeler: Auffallende Erscheinungen bei einem Falle von Urämie. Münch. med. Wochenschr. 1913, 22.
6. Bonhoeffer: Die Psychosen.
7. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
8. Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie. II. Bd.
9. Ebstein: Natur und Behandlung der Gicht.
10. Plaut: Die luetischen Geistesstörungen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1909, 20.
11. Pelgmann: Toxämische Delirien. Deutsche med. Wochenschr., 19.

Lebenslauf.

Ich, Carl Paul Starck, ev. Konfession, bin am 7. Juli 1889 in Treuenbrietzen geboren. Ich besuchte die Bürger- und Mittelschule in meiner Heimat von Ostern 1895 bis Ostern 1900, und das Melanchthongymnasium zu Wittenberg von Ostern 1900 bis Ostern 1909. Ich studierte Medizin in Heidelberg, Leipzig, Tübingen und Kiel. Das Physikum bestand ich in Tübingen am 4. Nov. 1912, das Staatsexamen in Kiel am 23. Sept. 1914. Die Approbation als Arzt erhielt ich am 18. Okt. 1914.